

**Departamento de Salud Mental  
del Condado de San Bernardino**

**FORMULARIO PARA SOLICITAR EL CAMBIO DE PROVEEDOR**

Cuando un consumidor de servicios de salud mental, usted tiene el derecho de solicitar un cambio si usted no es satisfecho con su proveedor de servicio. Solicitando un cambio de proveedor no lo pone en riesgo de ser negado los servicios de salud mental o tener conductistas el tipo de los servicios que usted recibió cambiado.

Si usted gusta solicitar un cambio de proveedor, por favor llena esta forma como mejor usted puede en sus propias palabras. Usted puede obtener ayuda con llenar esta forma del supervisor de dispensarios en la ubicación donde usted recibe los servicios, de la Unidad del ACCESO en (888) 743-1478, o de la Oficina de Derechos de Pacientes en (800) 440-2391.

Cuando usted termine de llenar esta forma, por favor da lo a la recepcionista en el dispensario donde usted recibe actualmente los servicios.

**Nombre del Cliente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**No. de Teléfono** \_\_\_\_\_ **No. de Seguro Social** \_\_\_\_\_

1. **¿Cuál es el nombre del proveedor que desea cambiar?**

\_\_\_\_\_

2. **¿Porqué razón desea hacer el cambio de proveedor?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. **¿Qué tipo de cambio desea hacer?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. **¿Habló Ud. con su proveedor actual acerca de su solicitud de cambio?**

Sí  No

5. **¿Qué le dijo su proveedor actual?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA SOLICITAR EL CAMBIO DE PROVEEDOR  
SEGUNDO LADO**

**ESTE LADO ES PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**

**Nombre de la Clínica de Cuidado Externo:** \_\_\_\_\_

**Contestación de la Clínica a la Solicitud:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorización:**

**Supervisor de la Clínica** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Director Médico de la Clínica** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**AVISO:** Este formulario se le debe enviar a la Administración de calidad (850 E. Foothill Blvd. Rialto, CA 92376/ o entre oficinas al Código 0920), a más tardar, para el 5<sup>to</sup> día del mes subsecuente a la solicitud de cambio.